

The 1st Annual Conference of Health Insurance Research

第1回

協会けんぽ 調査研究報告会

ーデータヘルス計画策定に向けてー

日時：平成26年 5月14日

会場：国連大学「ウ・タント国際会議場」

ごあいさつ



全国健康保険協会
理事長 小林 剛

協会けんぽは、加入者数約3,600万人、加入事業所数約170万事業所、国民の3.6人に一人が加入する日本最大の医療保険者であり、主に中小企業で働くサラリーマンの皆さまの医療を保障するという、我が国の国民皆保険の一翼を担う医療保険者です。

協会けんぽは平成20年10月に設立し、今年で6年目となります。私たちの理念は、地域の実情を踏まえた自主自律の運営を行い、都道府県単位で保険者機能を発揮すること、そして、民間組織として業務改革を進めるとともに、サービスの質を向上させることによって、加入者・事業主の皆さまの利益の実現を図ることです。この理念に従い、加入者・事業主の皆さまの疾病予防、健康増進や、レセプト、健診データ等の医療情報の分析、活用等を通じた効率的な保健事業、様々な医療費適正化対策に日々取り組んでいます。

現在、我が国は、急速な少子高齢化を背景に、高齢者医療をはじめ医療費が急増し続けており、医療保険制度を将来にわたり持続可能なものとするための改革の実現が急務です。医療費を効率的に適正化するため、医療保険者に対して、医療情報の収集、分析等を通じて加入者の皆さまの健康・医療状況を把握し、データに基づいた効果的な保健事業の展開、いわゆる「データヘルス計画」の策定、実施が期待されており、協会けんぽとしても、こうした期待に的確に答えていかなければならないと認識しています。

協会けんぽでは、更なる保険者機能の発揮及びその強化のための新しい取り組みとして、これまで取り組んできた医療情報の分析成果やそれに基づく各種保健事業等について内外に広く発信するため、平成26年度から「協会けんぽ調査研究報告会」を毎年開催することとしました。特に平成26年度はいわば「データヘルス元年」であり、厚生労働省より「我が国におけるデータヘルスの取り組み」について特別講演をいただくとともに、協会の医療費分析と保健事業に関するパネルディスカッション、更には協会の本部、支部で行っている重複受診の分析や糖尿病重症化予防などの諸々の取り組みについての報告を予定しています。

協会けんぽは、財政基盤強化をはじめ保険者機能の発揮、強化に向けて取り組み、加入者と事業主の皆さまの利益の実現に努めてまいります。今後とも、ご指導、ご支援いただきますよう、よろしくお願いいたします。

スケジュール

- 12:30 開場
- 13:00～13:05 理事長挨拶
- 13:05～13:35 特別講演
「我が国におけるデータヘルスの取り組みについて」
神田 裕二 厚生労働省大臣官房審議官
- 13:40～14:35 パネルディスカッション
(基調報告)「協会の医療費分析と保健事業について(現状)」
全国健康保険協会理事 岩永 俊博
(報告)「協会けんぽにおける医療費分析と今後の展望」
奈良県立医大教授 今村 知明
(報告)「協会の健診データ分析について(今後の展望)」
国立保健医療科学院部長 横山 徹爾
(進行) 全国健康保険協会理事 貝谷 伸
- 14:35～14:45 休憩
- 14:45～16:30 個別発表
1. 本部調査分析G 協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析
 2. 本部保健第2G 事業所規模別リスク動向の分析
～平成24年度生活習慣病予防健診結果より～
 3. 広島支部 糖尿病重症化予防事業
 4. 福岡支部 健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実践とその成果
 5. 大分支部 中小企業(事業主)とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業
 6. 東京支部 支部における分析用データベース構築の必要性と現状
 7. 大阪支部 健診受診者リストを用いたコホート構築と生活習慣病予防健診・特定保健指導の効果分析
- 16:30～16:40 講評
- 16:40 閉会

目次

特別講演

- 「我が国におけるデータヘルスの取り組みについて」
厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二…………… 4

パネルディスカッション（全国健康保険協会理事 進行 貝谷 伸）

- 「協会の医療費分析と保健事業について(現状)」
全国健康保険協会理事 岩永 俊博…………… 5
- 「協会けんぽにおける医療費分析と今後の展望」
奈良県立医大教授 今村 知明…………… 6
- 「協会の健診データ分析について(今後の展望)」
国立保健医療科学院部長 横山 徹爾…………… 7

個別発表

1. 本部調査分析 6 協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析…………… 8
2. 本部保健第 26 事業所規模別リスク動向の分析
～平成 24 年度生活習慣病予防健診結果より～…………… 10
3. 広島支部 糖尿病重症化予防事業…………… 12
4. 福岡支部 健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病
未治療者への受診勧奨プログラムの実践とその成果…………… 14
5. 大分支部 中小企業(事業主)とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業… 16
6. 東京支部 支部における分析用データベース構築の必要性と現状…………… 18
7. 大阪支部 健診受診者リストを用いたコホート構築と生活習慣病予防健診・
特定保健指導の効果分析…………… 20

- 参考資料…………… 23

注意事項

- 敷地内は禁煙です。
- 会館内での飲食は禁止です。
- ゴミは各自でお持ち帰りください。
- ネームタグはお体の正面に装着ください。

特別講演

我が国におけるデータヘルスの取り組みについて

厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二

【要旨】

近年、特定健診・特定保健指導の開始やレセプトの電子化が進み、医療保険者は、加入者の健康・医療情報を電子データとして保有するようになってきた。

こうした状況を踏まえ、昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略」では、医療保険者が加入者のレセプトや健診結果等の電子データを活用し、企画、実施、評価、改善というPDCAサイクルに沿って効果的・効率的な保健事業を実施することを「データヘルス」と位置付け、推進することとされた。

厚生労働省は、健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針を改正し、全ての協会けんぽ支部及び健康保険組合に対し、平成26年度中に「データヘルス計画」を策定し、平成27年度から計画に基づいた保健事業の実施・評価等の取組を求めることとしている。

「データヘルス計画」の具体的中身としては、健康・医療データの分析や、加入者の健康課題・事業目的の明確化、目標設定、全般的・個別的な情報提供による意識付け、事業の効果測定等が挙げられる。また、さらに高度なデータ分析や、重症化予防等の保健事業も、各保険者がそれぞれの身の丈に合った範囲で実施していくことが「データヘルス計画」の特徴である。

こうした「データヘルス」及び「データヘルス計画」の概要や進め方について説明するとともに、具体的な取組事例を紹介しながら、今後の保健事業の在り方について考えたい。

【略歴】

昭和57年厚生省入省。平成18年9月 厚生労働省保険局国民健康保険課長、20年7月 厚生労働省保険局総務課長などを経て、24年9月より現職（医療保険、医政、医療・介護連携、国立病院担当）

協会の医療費分析と保健事業について（現状）

岩永 俊博 全国健康保険協会理事

【要旨】

保険者はなぜ健診・医療費データの分析をしなくてはならないのか

（背景）

我が国は少子高齢化の進展等により医療費が増加し続けており、「医療費の適正化」が大きな課題となっている。こうした課題の下、平成 18 年医療制度改革等により保険者は加入者の健診と医療の両方のデータを電子情報で保有できるようになった。保険者は、健診と医療データを用いた分析が行いやすい環境が整ったといえる。

（保健事業）

加入者の健康増進等のため、保険者は効果的な保健事業に取り組む必要がある。健診・医療のデータを活用すれば、これまで以上に効果的な保健事業の実施や、事業の効果検証が可能となる。

そのためには、データを詳細に分析していくことが必要不可欠となる。

（医療提供体制構築への関与）

今国会提出の、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法案」では、都道府県が地域の医療提供体制の将来あるべき姿を策定することとし、その策定・実現のため、保険者等の関係者と協議を行う「協議の場」を設置することとしている。

今後、この協議の場において、保険者として必要な意見表明・提言を行い、効率的かつ効果的な医療提供体制の実現につなげていく必要があるが、この提言の基礎には、保険者の強みとしての健診・医療のデータ分析結果が必要となる。

協会けんぽの特徴および健診・医療データの分析例

協会けんぽは日本最大の医療保険者であり、最も多くの健診・医療データを保有している。一方、都市部から山間部まで事業所が点在し、そのすべてをカバーするには限界があり、健保組合のような加入者への細やかな対応が難しいことが課題である。

そのような状況のもと、協会けんぽでは、健診・医療データの分析や、データを活用した事業に近年取り組み始めた。

まとめ

今後は、全国 47 支部のデータの特性を活かし、関係団体や事業主等と連携した保健事業の企画立案を最優先事項として取り組みたい。また、地域医療ビジョンの策定のための「協議の場」において、データの分析を基とした積極的な意見発信を行い、地域医療行政において協会けんぽが新たに期待されることに対して応えていきたい。

【略歴】

昭和 51 年、熊本大学医学部卒業。熊本県牛深、人吉、阿蘇の各保健所長、平成 2 年より国立公衆衛生院疫学部、公衆衛生行政学部の各室長、平成 14 年から国立保健医療科学院研修企画部長などを歴任。平成 16 年、地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター常勤顧問に就任。平成 20 年 10 月より全国健康保険協会理事（非常勤）。

協会けんぽにおける医療費分析と今後の展望

公立大学法人 奈良県立医科大学 健康政策医学講座 教授 今村 知明

【要旨】

1. 保険者における医療費分析の現状

データヘルス計画の開始により、保険者によるデータ分析に注目が集まっている。保険者には、レセプトをはじめ健診・指導結果など各種データが集積されており、これらを組み合わせることで多角的な分析が可能となる。しかしながら、個人情報保護のため、保険者の保有データの分析目的の持ち出しには障害が多く、またデータ解析のノウハウと資源が充分でない保険者が多いことなどから、保険者の保有しているデータの活用が充分にできていないのが現状である。

2. 医療費分析でわかること

保険者が保有しているデータを用いて加入者の健康状態や医療費を分析することで、加入者の特性の把握のみならず、ハイリスク群や高医療費群の抽出、経年変化の分析や将来予測、保険者による介入効果の分析など、多角的な分析が可能となる。これらの分析結果より、エビデンスに基づいた保健事業と適切な保険者運営が実現できるようになる。さらに死亡情報を用いることで、アウトカム分析、すなわち生存率を用いた様々な分析や疾病別の生涯医療費の推計等も可能となり、疾病別の医療費の特性を科学的に把握できるようになる。

3. 保険者における医療費分析

保険者が保有している各種データを用いた多角的な分析には、これらのデータを個人ごとに集約・突合させた分析用データベースの構築が必要不可欠である。分析用データベースの構築により、分析開始時点より遡及して分析を実施する「後ろ向き研究」と、分析開始時点より継続してデータ集積と分析を実施する「前向き研究」のいずれの手法での分析も可能となる。

4. 保険者による医療費分析の利点と留意点

保険者自身による医療費分析の利点は、個人情報漏洩のリスクを最小化できることと、保険者毎の必要性に応じたフレキシブルな分析が可能となることである。また、データベース構築と分析を通じ、保険者にデータ集積や分析で得られた知見や経験を蓄積でき、その結果として保険者の機能強化に繋がると考えられる。しかしながら、分析用データベースの構築には大容量データ処理のノウハウが必要であり、データ解析には医学的知識や統計解析の知識と経験が必須である。このため、保険者における分析用データベースの構築と解析には、専門家の効果的な活用が重要である。

【略歴】

1993年厚生省入省。東京大学医学部附属病院助教授、企画経営部長を経て2007年より現職。現在は、医療政策、健康政策、医療経営、医療経済、食品保健、健康危機管理を研究。厚生労働省社会保障審議会専門委員、厚労省中医協調査「診療報酬改定結果検証に係る調査」検討委員を務める。

協会の健診データ分析について（今後の展望）

国立保健医療科学院 生涯健康研究部 部長 横山 徹爾

【要旨】

2008年度から始まった特定健診・特定保健指導の制度のもとでは、健診・保健指導・レセプトデータが医療保険者に集まるため、これらを突合したデータ分析によって優先すべき対象者の抽出や事業評価を行い、PDCA サイクルを展開して保健事業を効果的に実施することが可能であるが、十分にデータを活用している保険者はまだ少ない。政府が平成25年6月14日の閣議で決定した「日本再興戦略」では、保険者が保有するレセプトや特定健診・特定保健指導などの情報を活用し、加入者の健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる「データヘルス計画」が盛り込まれ、データの活用にもとづいた計画の策定と具体的な事業をPDCA サイクルで実施することが保険者に求められることとなった。このような背景を踏まえ、本研究では、全国健康保険協会の特定健診・特定保健指導データを分析し、47都道府県支部別および全市区町村別の健診・保健指導成績の比較を行い、保健事業のためのデータ活用方法を検討することを目的とする。

2009～2012年度までの特定健診・特定保健指導データを用いて、年齢調整したうえで以下の集計を行った。①特定健診におけるリスク因子の支部別比較（全受診者、2009-2010, 2011-2012年度連続受診者）。②特定保健指導の利用状況別にみたリスク因子の改善幅の支部別比較（2009-2010, 2011-2012年度の変化）。③特定健診におけるリスク因子の市区町村別比較（2012年度）。これらの集計結果を読み取って活用していくために、以下の手順を提案する。（1）都道府県別平均寿命・健康寿命、死因別年齢調整死亡率、入院・外来受療率と関連づけて、特定健診におけるリスク因子の自支部の特徴を把握し、広域的な優先課題を抽出する。（2）自支部内の市区町村別平均寿命、死因別SMRと関連づけて、リスク因子の市区町村別分布を把握し、地域別の優先対策事項を整理する。（3）特定保健指導によるリスク因子の改善効果を確認し、効果不十分なリスク因子等に対する保健指導方法の改善を検討する。

また、市区町村間の地域差を明らかにしたうえで生活習慣病対策を推進していくためには、保険者協議会等とも連携し、自治体に対して分析データを提供する等の協力体制が望まれる。

【略歴】

1991年東京医科歯科大学医学部医学科卒。医師、医学博士。東京医科歯科大学難治疾患研究所社会医学研究部門（疫学）助手、国立保健医療科学院技術評価部主任研究官等を経て、2011年より国立保健医療科学院生涯健康研究部長。国立保健医療科学院では、特定健診・特定保健指導、健康日本21等に関する研修主任・副主任を担当。厚労省の次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員、健やか親子21の最終評価等に関する検討会委員、国民健康・栄養調査企画解析検討会委員など。専門は、生活習慣病の疫学、医学統計学。

個別発表

協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析

本部 調査分析グループ スタッフ 椎塚 寛之

【発表の概要】

(目的)

この分析は、協会けんぽ加入者の入院外における重複受診の状況、及びその医療費を明らかにすることにより、データヘルス計画で重複受診対策を実施する際の、効果的なターゲットの把握、期待される医療費適正化効果の把握を行い、重複受診対策事業に取り組む上での基礎資料を得ることを目的とする。

(方法)

<分析方法>

協会けんぽの統計システムのレセプトデータを、受診件数、支部、年齢階級、傷病分類等の属性に分け、患者数、医療費等を集計、分析した。なお、集計対象は、平成25年7月から9月診療分の入院外レセプトとし、傷病は入院外レセプトに記載されている主傷病(注1)(注2)とする。

(注1) 主傷病は、主傷病コードがついている傷病名のうち、記載順番号が最も若いものとした。(主傷病コードがない場合、傷病名の記載順番号が最も若いもの)

(注2) 主傷病は、傷病分類コード(121分類)別に分類した。

<用語の定義>

件数：レセプト枚数

重複：同一月に同一人物に対する同一主傷病のレセプトが複数件あるもの

患者数：重複を除いた件数

〔例 ある個人が同一月に糖尿病で2つ、高血圧で1つの医療機関を受診
・糖尿病について重複受診とし、重複件数は2件とする。
・患者数は、糖尿病で1人、高血圧で1人とする。〕

(結果)

<件数別>

平成25年7月から9月の患者数は、月平均16,180,544人であり、そのうち重複受診者数は、332,563人で全体の2.06%を占める。件数は、月平均16,532,368件であり、そのうち重複受診者の件数は、684,387件で全体の4.14%を占める。

また、最も件数の多い重複受診者は、75件であり、次いで、71件、70件、65件、64件、62件の順である。

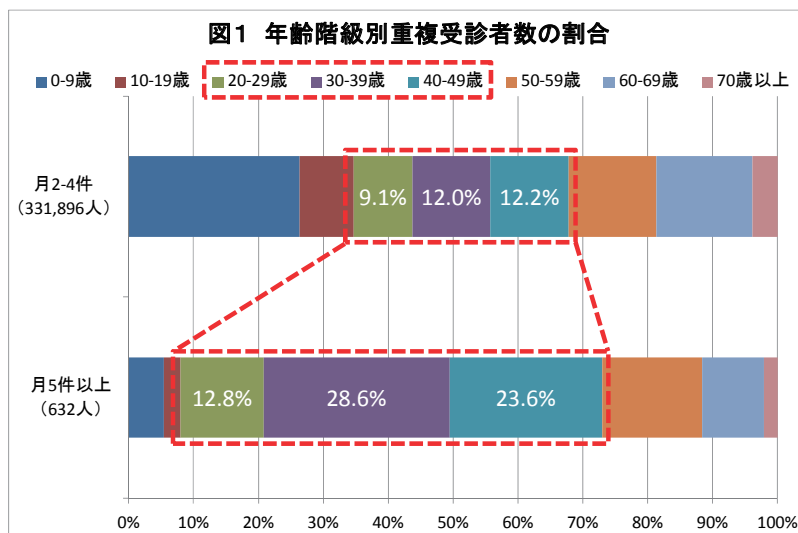
<支部別>

重複受診者を1か月に2~4件と、5件以上に分けて、支部別に加入者10万人当たり患者数(月平均)をみると、2~4件の重複受診者では、全国が938人であり、上位3支部は、和歌山(1,165人)、徳島(1,114人)、熊本(1,111人)である。5件以上の重複受診者では、全国が1.8人であり、上位3支部は、熊本(3.7人)、滋賀(3.2人)、和歌山(3.1人)である。

また、加入者10万人当たり件数（月平均）をみると、2～4件の重複受診者では、全国が1,920件であり、上位3支部は、和歌山（2,387件）、徳島（2,282件）、熊本（2,279件）である。5件以上の重複受診者では、全国が13.5件であり、上位3支部は、熊本（48.4件）、群馬（26.9件）、長崎（24.8件）である。

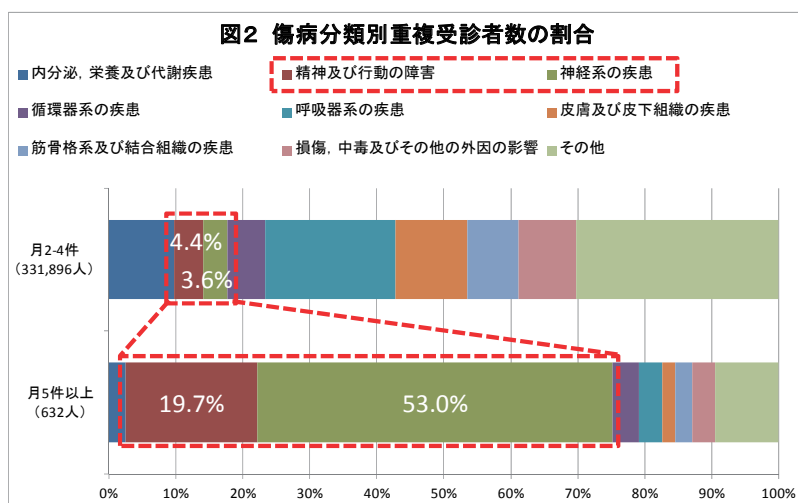
<年齢階級別>

重複受診者を1か月に2～4件と、5件以上に分けて、年齢階級別の患者数の割合（図1）をみると、割合の大きい順に、2～4件の重複受診者では、0-9歳（26.3%）、60-69歳（14.7%）であるが、5件以上の重複受診者では、30-39歳（28.6%）、40-49歳（23.6%）となっている。特に、20歳から49歳は、33.2%から65.0%に大幅に割合が増加している。



<傷病分類別>

重複受診者を1か月に2～4件と、5件以上に分けて、傷病分類別の患者数の割合（図2）をみると、割合の大きい順に、2～4件の重複受診者では、呼吸器系の疾患（19.4%）、皮膚及び皮下組織の疾患（10.8%）であるが、5件以上の重複受診者では、神経系の疾患（53.0%）、精神及び行動の障害（19.7%）となっている。特に、神経系の疾患と精神及び行動の障害は、8.0%から72.7%に大幅に割合が増加している。



(考察)

重複受診者を1か月に2～4件と5件以上で比較すると、年齢階級別と傷病分類別において大きな違いがみられる。重複件数が2～4件の場合は、子どもや比較的年齢の高い世代が、風邪や感染症などで、いくつかの医療機関に受診していると考えられる。一方、重複件数が5件以上の場合は、働き盛りの世代が精神疾患等により多くの医療機関に受診していると考えられる。

よって、重複受診対策を実施する際には、加入者個人への通知や電話、面談などによる指導に併せて、事業所を通じた働き盛りの世代への、メンタルヘルスや重複受診、重複服薬等の危険性を伝えるセミナーなどを実施していくことも、有効であると考えられる。

個別発表

事業所規模別リスク動向の分析～平成24年度生活習慣病予防健診結果より～

本部 保健第2グループ 専門職 山崎 衣津子

【発表の概要】

(目的)

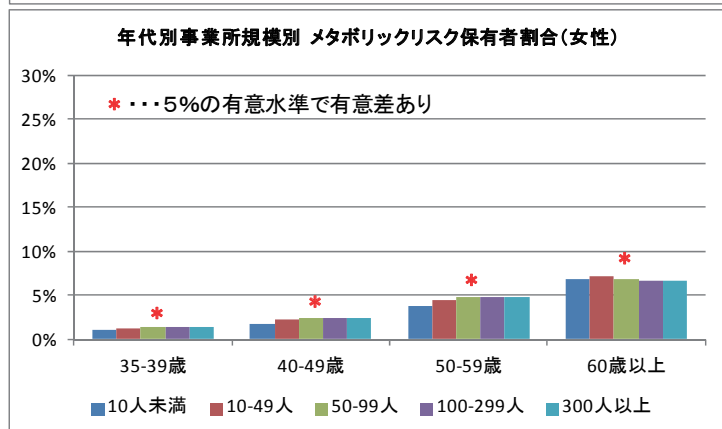
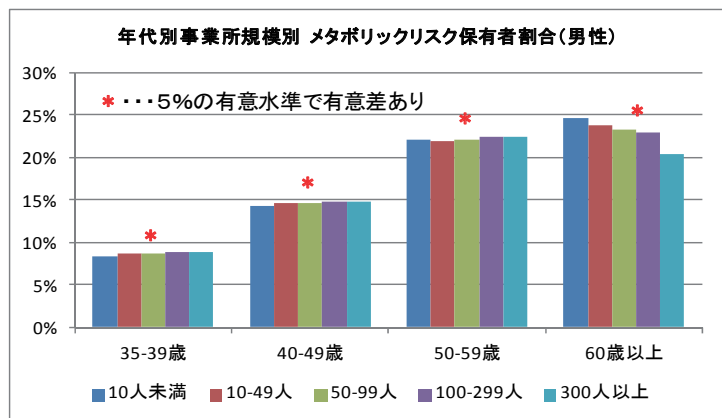
協会けんぽの加入事業所は、被保険者の数が50人未満の小事業所が96%を占めている。厚生労働省の調査によると、事業所規模が大きいほど健診受診率が高く、健診実施後の措置についても同様の結果が得られている。この結果から、事業所規模によって健康状態にも差が生じている可能性があるが、協会けんぽでは事業所規模別に健康状態を調査したものはなかった。そこで、事業所規模別の健康状態の特徴を明らかにすることで、事業所規模に応じた加入者の健康づくりを考える基礎資料とする。

(方法)

平成24年度に協会けんぽの生活習慣病予防健診を受診した被保険者のうち、性別、年齢、事業所規模データが欠損しているものを除いた6,231,356名を対象に、メタボリックシンドローム関連リスク（腹囲、血圧、代謝、脂質、メタボリック予備群、メタボリック、喫煙）の保有者割合を事業所規模別に年代別、性別の分析を行った。分析にはExcel2007を用いて χ^2 検定を行い、有意水準は5%とした。なお、事業所規模データは平成25年3月時点のものを用いた。

(結果)

1. 事業所規模に関わらず、腹囲、喫煙を除いたメタボリックシンドローム関連リスク保有者割合は、年齢が上がるに従って増加していた。
2. 事業所規模に関わらず、メタボリックシンドローム関連リスク保有者割合は、男性の方が女性よりも高かった。
3. 全てのメタボリックシンドローム関連リスクにおいて、事業所規模別の保有者割合に有意な差が見られた。年代別、性別分析では35～39歳男性において事業所規模別に有意差が見られない項目があった（腹囲、代謝、メタボリック予備群）。



4. 60 歳以上は 60 歳未満と比較し、事業所規模が大きいほどメタボリックシンドローム関連リスク保有者割合が少なくなる傾向が見られる項目が多かった。

(考察)

メタボリックシンドロームに関連する 7 つのリスク保有者割合について事業所規模別分析を年代別、性別に行ったが、事業所規模に関わらず、年齢が高くなると腹囲、喫煙以外のリスク保有者割合が高くなること、男性の方が女性よりもリスク保有者割合が高いことが見られた。また、全てのリスク保有者割合について、事業所規模による有意な差が見られ、事業所規模によって健康状態に差が生じていた。60 歳未満では、事業所規模別リスク保有者割合に有意差はあるものの明確な傾向を読み取ることができなかったが、60 歳以上では事業所規模が大きいほどリスク保有者割合が低くなる傾向が見られるものが多く、事業所規模が大きいほど健康状態が良い可能性が考えられる。

今回の分析では事業所規模によってリスク保有者割合に差が生じている要因については明らかにしていないが、平成 22 年厚生労働省の労働安全衛生基本調査の一般定期健康診断の実施後の措置において、「有所見者における健康診断の結果についての医師等からの意見聴取」を 300 人以上の事業所では 84.5%が実施しているのに対して 100~299 人では 72.1%、50~99 人では 58.8%、10~29 人の事業所では 35.6%と、事業所規模が大きいほど実施している事業所の割合が多かった。「保健指導の実施」「健康診断結果の労働者への通知」「健康診断結果に基づく就業上の措置」についても同様の傾向が見られ、事業所規模と保健事業実施には関連があると考えられる。協会けんぽにおいてもそうした関連が見られると考えるならば、それが事業所規模による健康状態の差につながっている可能性がある。

協会けんぽとしては、健康状態の差が大きくなる前段階から中小規模の事業所に対して保健事業を実施し、年齢が高くなってもリスク増加を最小限にとどめることが大切だと思われる。50 人未満の事業所では、産業医の設置や衛生管理者の選任が義務づけられておらず、制度上も労働衛生の手が届きにくい。そうした中小規模の事業所へアプローチをする場合、事業主との連携が欠かせない。データヘルス計画の特徴のひとつに「コラボヘルス（事業主との協働）」があり、今回の分析結果は中小規模の事業所の事業主と協働する際の資料として活用することができる。

今回の分析において、事業所規模別にリスク保有者割合に差が生じていることが明らかになった。この結果から、保健事業を計画・立案する上で事業所規模の特徴に合わせたアプローチの必要性が示唆された。しかし事業所規模だけで健康状態の差を説明することには限界があり、今後は地域別、業種・業態別等の分析を合わせて行い、評価方法も含めた根拠に基づいた加入者の健康づくりに役立てていきたい。

個別発表

糖尿病重症化予防事業

広島支部 企画総務グループ リーダー 碓井 健介

【発表の概要】

(目的)

糖尿病を起因とする早期腎症期(2期)、顕性腎症期(3期)、腎不全期(4期)に該当する協会けんぽ広島支部の加入者に対し、通院先の医療機関と業務委託先事業所の看護師・保健師が協力・連携しながら、患者自身に対して病気に関するセルフマネジメント能力を高めることを目的とし広島大学大学院森山美知子教授により研究開発されたプログラムを提供することによって、病気の重症化(透析への移行等)を予防し、医療費適正化と患者およびその家族の生活の質(QOL)の維持向上を図るとともにできるだけ加入者の健康状態を維持し国民健康保険あるいは後期高齢者医療制度へ引き継いでいくことにより国全体の医療費適正化につなげることを目的とする。

(方法)

対象者に関しては、平成23年度においては健診データならびにレセプトデータから、平成24年度においてはレセプトデータから抽出。

対象者に対する参加勧奨は、自宅への文書送付、自宅への架電、自宅への訪問、事業所保健指導訪問時の勧奨、通院先医師からの勧奨を実施。

通院先の医師が記入する「指導内容確認書」により指導方針を確認し、その指導方針に基づき委託先看護師が面談及び電話指導を実施。指導委託先からは指導の都度、「指導報告書」を医師へ送付。

平成23年度においては「指導内容確認書」に記載されたeGFR値をもとに病期を判定。平成24年度においては上記に加え、参加者からのヒアリング内容(知識・理解力等)も加味し、プログラム内容を決定。

平成23年度は12カ月間に2期の者に対して面談指導1回電話指導17回実施、3期あるいは4期の者に対して面談指導3回電話指導15回実施。平成24年度は6カ月間に2期の者に対して面談指導2回電話指導4回以上、3期あるいは4期の者に対して面談指導2回以上電話指導6回以上実施。

(結果)

平成23年度においては対象者1,004名(2期564名、3期379名、4期61名)のうち120名参加(参加率12.0%)75名指導完了(完了率62.5%)、平成24年度においては対象者772名(2期512名、3期214名、4期46名)のうち105名参加(参加率13.6%)65名指導完了(完了率61.9%)であった。

平成23年度プログラムにおいてプログラム期間中に検査数値が2回以上判明した者について収縮期血圧値が61名中41名(67.2%)、拡張期血圧値が61名中37名(60.7%)、血清クレアチニン値が47名中24名(51.1%)、eGFR値が47名中33名(70.2%)、HbA1c値が66名中51名(77.3%)、空腹時血糖値が27名中16名(59.3%)それぞれにおいて維持・改善が認められた。同様に、平成24年度プログラムにおい

て収縮期血圧値が 56 名中 41 名 (73.2%)、拡張期血圧値が 56 名中 40 名 (71.4%)、血清クレアチニン値が 34 名中 18 名 (52.9%)、eGFR 値が 35 名中 22 名 (62.9%)、HbA1c 値が 55 名中 37 名 (67.3%)、空腹時血糖値が 26 名中 13 名 (50.0%) それぞれにおいて維持・改善が認められた (eGFR は自然経過による進行速度を第 2 期においては 6 減少/年、第 3 期においては 10 減少/年、第 4 期においては 5 減少/年とし、自然経過による進行速度以内に進行が抑えられている場合、維持と判断。HbA1c は測定機器によって 0.3%程度の誤差が生じることを考慮し 0.4%以上悪化していた場合、悪化と判断。)

平成 23 年度プログラム完了者のうちプログラム期間中前後に協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診している者 17 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 0.5 減少していた。不参加者のうち平成 22 年度と平成 24 年度もしくは平成 23 年度と平成 25 年度それぞれにおいて健診を受診した者 212 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 2.2 減少と、完了者より減少幅が 1.7 大きいことが認められた。平成 24 年度プログラム完了者のうちプログラム期間中前後に協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診している者 15 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 0.9 減少していた。不参加者のうち平成 23 年度と平成 25 年度それぞれにおいて健診を受診した者 98 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 1.6 減少と、完了者より減少幅が 0.7 大きいことが認められた。

平成 25 年 11 月現在、平成 23 年度プログラム完了者 61 名 (2 期 28 名、3 期 28 名、4 期 5 名) からの透析移行者はなく、不参加者 898 名からは 11 名 (2 期 1 名、3 期 1 名、4 期 9 名)、指導を受けるも中断した者 19 人からは 1 名 (4 期) が人工透析に移行した。平成 24 年度においては完了者 79 名 (2 期 52 名、3 期 25 名、4 期 2 名) 及び指導を受けるも中断した者 14 名 (2 期 13 名、3 期 1 名) からの透析移行者はなく、不参加者 705 名からは 9 名 (3 期 1 名、4 期 8 名) が人工透析に移行した。

(考察)

eGFR 値低下の進行速度において完了者が不参加者に比べて緩やかであること、完了者からの人工透析移行者がいないことから、本事業の目的は達成でき、プログラムの有効性も確認されたと考える。事業実施 1~2 年後においてすでに、完了者と不参加者の間に相違する傾向がみられることから、今後長期にわたる推移を追跡していくと、相違の度合いがさらに拡大していくと推測される。また、10%台前半である参加率を向上させていくためには、本事業に対する医師の理解をさらに求めていき医師からの参加勧奨に注力していくこと、本事業に対する事業主の理解を求め事業所における参加勧奨のさらなる機会を得ていくこと等の検討が必要である。

(備考)

平成 25 年 9 月 厚生労働省保険局保険課「データヘルス事例集」に掲載

個別発表

健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実践とその成果

福岡支部 保健グループ リーダー 大江 千恵子

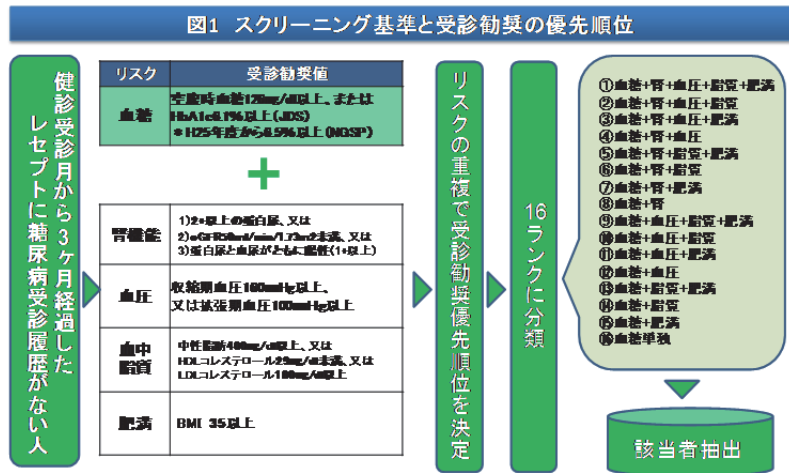
【発表の概要】

(目的)

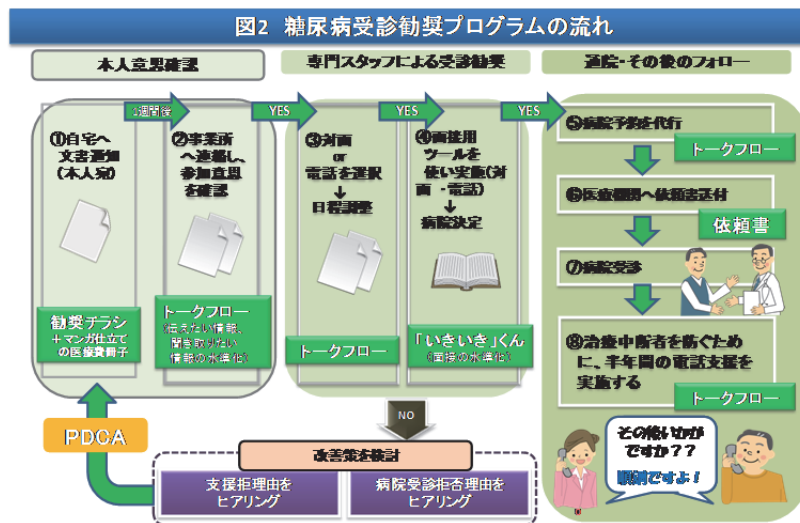
平成 21 年度、福岡支部独自の医療費分析の結果、入院・入院外医療費のうち、糖尿病関連疾患の占める割合が高いことがわかった。そのため、二次予防を強化する目的で、健診データとレセプトデータを分析したところ、健診で糖尿病が強く疑われているにも関わらず、放置している者が 6 割いることが判明した。よって、平成 23 年度から、糖尿病の早期発見に加え、重症化予防を目的に、健診データとレセプトデータを活用した、「糖尿病未治療者への受診勧奨事業」を開始した。

(方法)

- 1) 糖尿病専門医のアドバイスをを受け、対象者抽出基準を作成（図 1）し、大量のデータから対象者を抽出するソフトを業務委託先と協働で開発。
- 2) 未治療者を受診に導くための、効率的で効果的なプログラム（図 2）を開発。
- 3) 未治療者が受診しない理由・問題点の把握を行い、PDCA を回し、プログラムを改善。
- 4) 医療費分析を行い、費用対効果を検討。



今回の事業では、九州大学病院、福岡大学病院の糖尿病専門医3名の意見を集約し、この基準額を採択



(結果)

平成 22 年 2 月～平成 25 年 5 月末までに健診を受けた延べ 542,479 人のうち、スクリーニング後地域を選定し、自宅にプログラムの案内文書を送付したのは 4,362 人であった。その内、2,622 人 (60%) に確認がとれ、プログラムに参加したのは 851 人 (32%) であり、病院受診したのは 350 人 (41%) であった。

また、平成 25 年 11 月に行ったレセプト調査では、プログラムに参加しなかった集団でも、電話や文書で一部勧奨を受けたことにより、330 人 (13%) が受診していた。よって約 2 年半で勧奨により受診に至ったのは 680 人であった。

受診が確認できた 680 人の、糖尿病関連疾患による治療内容は、経過観察 61 人 (年間医療費推計約 6 万円)、服薬と毎月 1 度の検査程度 571 人 (年間医療費推計約 12 万円)、インシュリン治療開始 48 人 (年間医療費推計約 22 万円)、人工透析導入 0 人 (年間医療費推計約 550 万円) であり、糖尿病がこのレベルで安定し、それぞれ重症化のレベルを 1 年間遅らせることができたとすれば、3 年間でおよそ 3 億 1 千万の医療費削減効果が見込まれる。

(考察)

平成 25 年 11 月末までのレセプトを確認したところ、受診した 680 人の診断内訳は、糖尿病関連疾患と重複して、高血圧症 20%、脂質異常症 15%、脳梗塞 2%、狭心症 1%、動脈閉塞症 1%、その他 9% であった。糖尿病治療内容では、インシュリン治療 7%、服薬治療 84%、経過観察 9% であることから、治療をせずにそのまま放置すると確実に重大な合併症を起こしていたと推測される。糖尿病の三大合併症を回避し、健康寿命を延伸させるためにも、この事業は今後も継続していく必要があると考える。

また、680 人のうち 48% は糖尿病単独ではなく、重複する疾患を有しており、いずれも早期に治療が必要な疾患であった。これらの結果から、スクリーニング基準に、血糖値リスクだけではなく、腎機能リスク、血圧リスク、血中脂質リスク、肥満リスクを加えたことの意義は大きいといえる。

<今後の課題>

- 1) 対象群とコントロール群の経年的健診結果と医療費比較
- 2) プログラムのプロセス評価 (受診率向上のための勧奨方法の改善)
- 3) 医療費抑制効果と事業の費用対効果の分析
- 4) 加入者への情報提供

(備考)

「平成 25 年 5 月 16 日 第 86 回日本産業衛生学会」で一般口演発表
平成 25 年 9 月 厚生労働省保険局保険課「データヘルス事例集」に掲載

個別発表

中小企業（事業主）とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業

大分支部 企画総務グループ スタッフ 宝珠山 正隆

【発表の概要】

（目的）

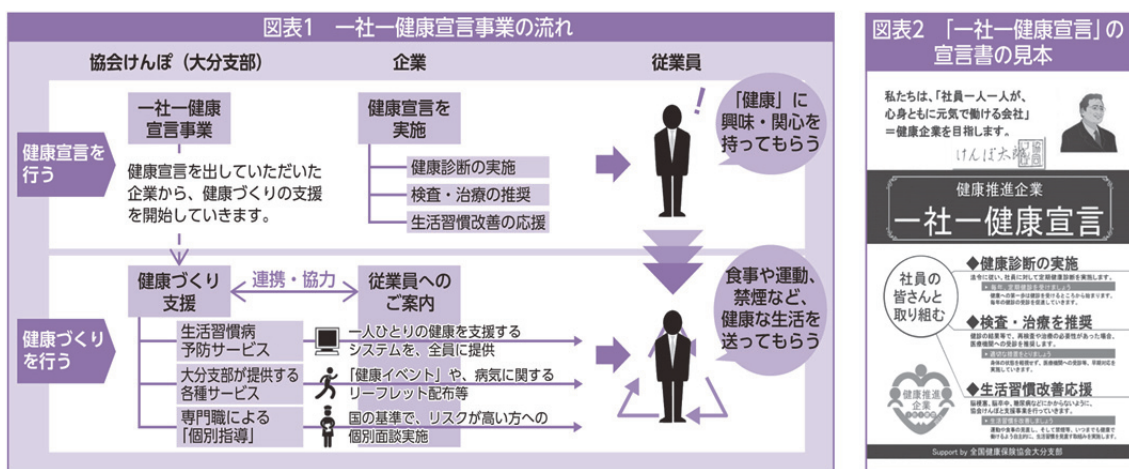
平成 20 年度に協会けんぽ設立当初、大分支部の加入者一人当たり医療費は全国ワースト 5 位、入院医療費は全国ワースト 3 位という状況だった。そこで大分支部では平成 21 年度から職場における健康づくり事業を展開しており、その取組みの中で、中小企業の事業主は、社員の健康を大切にしたいと感じながらも、厳しい経営状況により健康増進に取り組めない状況がわかってきた。

一方、協会けんぽでも、中小企業を主とする膨大な加入者に対し、直接的な働きかけでの、健康増進に苦慮してきたことから、大分支部では平成 25 年度より、加入者の健康増進を事業主が率先して行える環境づくりを目指し、「一社一健康宣言事業」を開始した。

（方法）

被保険者の生活の大半が会社での生活になること及び従業員の健康増進に企業の役割が大きく影響があることを踏まえ、まずは事業主が従業員等の健康増進に積極的に取り組むことを内外に宣言し、健康経営を推進することを柱の 1 つとしている。具体的には協会けんぽ大分支部適用事業所に対し、事業説明を行い手挙げ方式で事業への参加を募集する。参加した事業所には、健康診断の実施、検査・治療の推奨、生活習慣改善の応援といった事項の宣言書や取組マニュアル等を送付する。事業所側では宣言書に沿って事業主が社内で宣言を行って、宣言を事業主と従業員の約束事にする。

（図表 1、2）



（『厚生労働』4月号より）

その他、協会支部からは、健康増進を行う事業所のコスト、労力、効果を考慮した各種支援を行う。具体的には、「事業所健康度診断シート」（自社の健康リスク保有率を「見える化」したもの）を提供することで、事業主に自社の健康状態の認識を促し、

その後の取り組みに活用してもらおう。

宣言事業所の被保険者に対しては、「わかるとかわる」をテーマに、自身の健診結果を「見える化」した生活習慣病予防 Web を協会支部より提供することで、被保険者自身に健康状態を認識させて、それに基づく生活改善に向けた行動変容に活用してもらおう。

(結果)

事業主や総務担当者からは、「今まで従業員に対する思いを表現できる機会がなかったため、トップが宣言するという形が会社をあげて取り組むことを表現できて良い」、「従業員の健康を第一に考えない企業の成長は今後ありえないと感じている」という意見があった。また、送付している「事業所健康度診断シート」については「自社の健康リスクがよくわかり、健康度の県内や同業他社との比較もできて自社の立ち位置がわかった。今後どのようなことに気をつけていかねばならないかがよくわかった」という感想も受けた。

被保険者からは、「事業主の宣言により、健康に対する優先度が上がることや、生活習慣病予防 Web で、自分の健診結果を経年で確認できたり、同年代等での立ち位置が視覚的に認識できるのがいい。今後は、Web を活用して健康増進をやっていきたい」という意見を受けている。

こういった意見からわかるように中小企業の事業主は従業員の健康について十分に関心をもっていることがわかった。また、自社の健康状態が認識できたことで、今後の労働衛生管理の取組に活用できるという意見もあり、この事業によって当初の目的である事業所全体での取組みができる仕組みを構築できると考えている。

今回の事業が事業主と保険者が協力連携して健康づくりに取り組むコラボヘルスの考え方、事業主が健康づくりに関して職場の環境を整備する「健康経営」の考え方、そして、個人別に自身の健診結果を認識しやすくするツール「生活習慣病予防 Web」の活用などのデータヘルスの考え方など、先進的な取組を行ったことから、メディア等で取り上げられることも多く全国的にも注目を集める事業となった。

事業の成果を確認するために「会社の健康に関する現状」を宣言事業所 272 社に確認したところ、114 社より回答があった。健診、治療、食事、運動、メンタル、禁煙、飲酒等、多岐にわたる取組み内容の報告がなされている。

(考察)

この事業のポイントは、事業主が企業方針として社員の健康増進を進められる環境づくりを保険者が支援する点にある。この健康経営の考え方は、主に大企業の取組みと思われがちだが、実は従業員と事業主の距離が近い中小企業にこそあてはまり、多くの中小企業が加入する協会けんぽが取組むべき事業であると考えている。今後は宣言事業所の取組み内容を共有できる場を設定することで事業の浸透を図るとともに、健康行動が医療費に与える影響についても検証していく。大分支部では、生活習慣病予防 Web をはじめとした様々なツールの提供を行っており、インセンティブを付与する仕組み作りも今後の課題であるので、行政とも連携し、社会の仕組みとして健康経営が普及しやすい環境づくりも行っていきたい。

(備考)

平成 25 年 9 月 厚生労働省保険局保険課「データヘルス事例集」に掲載

個別発表

支部における分析用データベース構築の必要性と現状

東京支部 企画総務グループ長 田島 哲也（発表者）
保健グループ スタッフ 山根 明美、専門職 尾川 朋子
企画総務グループ リーダー 吉川 彰一、スタッフ 馬場 武彦
奈良県立医科大学 教授 今村 知明
国際医療福祉大学大学院 准教授 小川 俊夫

【発表の概要】

（目的）

データヘルス計画を遂行する為には、各保険者が保有する加入者の健診結果やレセプト等の各種データを組み合わせ、分析用データベースを構築することが望ましい。このデータベースを加入者の健康状態や医療費の分析のみならず、個人情報漏洩リスクを最小限に抑えつつ、重症化予防事業の対象者の抽出などに多角的に利用する為には、分析用データベースは保険者内で構築・運用すべきであると考えられる。

本報告では、東京支部が有識者の協力を得て、データヘルス計画に先駆け、平成23年度より行ってきた分析用データベースの構築と活用について概説する。

（方法）

分析用データベースの構築には、生活習慣病予防健診受診者を対象とし、協会本部において特定健康診査、特定保健指導、レセプトの各データを個人ごとに突合した後、各支部に年度ごとに提供されている「健診受診者リスト」を用いた。なお、東京支部に提供される同リストには、毎年約70万人分の受診者情報が含まれており、各年度のデータ容量としては約2GBに上る。

東京支部ではこの「健診受診者リスト」を用い、経年的な分析が可能な独自の分析用データベースの構築を試みた。具体的には、平成21年度から24年度までの4年分の東京支部の「健診受診者リスト」を、統計解析ソフトSPSS（IBM社）を用いて個人ごとに名寄せをした。その際に、年度間で重複するデータは削除したほか、レセプトデータについては年度あるいは年月単位で集計した。

構築した分析用データベースを用い、加入者の健康状態や医療費の特性を把握したほか、経年的な変化などについて分析を実施した。更に、重症化予防などの保健事業の対象者の抽出などにも活用した。

（結果）

平成21年度から24年度までの東京支部の「健診受診者リスト」をSPSSデータに変換し、名寄せした分析用データベースを構築した。また、その構築手順や注意点、更にSPSSで使用するプログラムなどを手順書に取りまとめ、協会内部で共有した。

図：構築した分析用データベースのイメージ

	ID・適用データ	健診・保健指導データ				レセプトデータ			
1人目	(記号番号など)	平成21年度	22年度	23年度	…	平成21年度	22年度	23年度	…
2人目	(記号番号など)	平成21年度	22年度	23年度	…	平成21年度	22年度	23年度	…
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	

構築した分析用データベースを用いて、分析対象者の健康状態および医療費の把握を試みた結果、分析対象者の健康状態や平均医療費が、特定保健指導の階層ごとに異なること、また、性・年齢階級によっても違いが見られることが明らかになった。

経年的な分析として、特定保健指導対象者の指導への参加有無と翌年以降の健康状態を分析した結果、指導参加群は不参加群よりも腹囲などの指標で翌年以降に改善が見られ、指導の効果が示唆された。なお、この成果は、第72回日本公衆衛生学会総会にて概要を報告したほか、「厚生指標」2014年1月号に論文として発表した。

分析用データベースを用いた重症化予防事業の対象者の抽出例としては、東京支部で平成24年度から実施している慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業の一環で、CKDの疑い者として2年連続で腎機能の健診結果が悪い人工透析未導入者を分析用データベースから抽出し、受診勧奨通知を送付した。本事業については、第56回日本腎臓学会学術総会にて第1報を発表した。

分析用データベースは、東京都や世田谷区など提携する自治体からのニーズに応じた集計データの作成と提供においても活用されている。

（考察）

東京支部の取り組みにより、経年変化など多角的な分析が可能となる分析用データベースを、日常業務に利用しているPCとSPSSを用いることで構築可能であることが明らかとなり、また、その構築と分析の手順書を作成したことで、協会各支部における分析用データベースの構築と活用に貢献した。

分析用データベースを支部内で構築・運用することで、個人情報漏洩のリスクを最小限に抑えつつ、健診受診者の健康状態や医療費の正確な把握・経年変化の分析などエビデンスを用いた多角的なデータ解析が可能になった。また、重症化予防事業の対象者の抽出やデータ提供等にも、適時に対応可能となった。

更に、構築した分析用データベースは拡張性に優れており、今後健診・指導・レセプトデータの更なる集積に加え、業種やがん検診結果などの追加情報の付加も容易であり、より多角的な分析とその結果の活用が可能となる。この分析用データベースを活用することで、基本的な分析や保健事業への活用のみならず、支部全体の効率的な事業運営にも寄与できる可能性がある。

なお、分析用データベースの構築と分析には、以下の課題が存在する。第一に、分析用データベースの構築と運用には、東京支部で作成した手順書により簡略化されたとは言え、かなりの労力と経験が必要である。第二に、東京支部のように加入者の多い支部においては、分析用データベース構築と運用に用いるPCの性能が充分ではなく、その為に分析用データベースの活用にやや支障が出ているのが現状である。今後のデータの更なる蓄積に伴い、支部で日常業務に利用しているPCでは性能不足になる可能性がある。第三に、分析用データベースの構築に用いた健診受診者リストには、生活習慣病予防健診の非受診者の情報が含まれていないことや、合計点数・主傷病名などの主要項目以外のレセプトデータが収録されていないことにより、その活用には限界が存在すること等である。

今後、更なる改良を図ることにより、これらの課題に対処し、データヘルス計画が目指す効果的な保健事業への活用に役立てたいと考えている。

（備考）

「平成25年10月24日 第72回日本公衆衛生学会」で発表

個別発表

健診受診者リストを用いたコホート構築と生活習慣病予防健診・特定保健指導の効果分析

大阪支部 保健グループ長 園田 泰弘（発表者）
奈良県立医科大学 教授 今村 知明
国際医療福祉大学大学院 准教授 小川 俊夫

【発表の概要】

（目的）

生活習慣病予防健診（以後健診と表記）と特定保健指導（以後指導と表記）の効果について、コホート分析の手法を用いた追跡調査及び科学的な解析を行い、その結果を踏まえて今後の効果的な保健事業について考察する。

（方法）

協会けんぽ大阪支部加入者のうち、40歳以上で平成21年度の健診受診者を指導の階層化を用いて区分し、階層ごとに層化無作為抽出法を用いて分析対象者1,400人を抽出した。さらに健診の未受診者についても、層化無作為抽出法を用いて分析対象者1,400人を抽出した。抽出した対象者2,800人によるコホートを構築し、平成23年度までの3年間の健康状態と医療費について追跡調査を実施した。追跡結果は、指導の効果に着目して分析し、その結果を踏まえて今後の効果的な保健事業について考察を実施した。

（結果）

1. コホートの構築

本研究の分析対象者は、健診受診者については積極的支援、動機づけ支援など指導の階層ごとに、未受診者については分析対象年齢群より、層化無作為抽出法を用いて抽出した。抽出の際には、分析対象者の性・年齢構成が協会けんぽ大阪支部の構成比と合致するように調整した。構築したコホートの各群は、平成21年度から23年度の健診・指導の結果及びレセプト情報を追跡・集計した。なお、平成21年度時点で抽出された分析対象者2,800人は、退職等により平成23年度には2,523人に減少した。

2. 階層化判定の経年変化

平成21年度に積極的支援あるいは動機づけ支援と判定されたいわゆる指導対象者のうち約30%は、平成23年度には健康状態が改善していた。また、指導対象者のうち指導を完了した群においては未完了群と比較して健康状態の改善傾向が高く見られた。

3. 1人当たり平均医療費の経年変化

健診受診群は未受診者群に比べ、平均医療費の伸びが大きい傾向がみられた。健診受診群のうち、指導対象群と非メタボ群の平均医療費を比較すると、指導対象群の平均医療費が高い傾向にあった。

積極的支援対象群と動機づけ支援対象群の平均医療費を経年的に比較すると、積極的支援対象群の平均医療費が大きく上昇していたのに対して、動機づけ支援対象群の

平均医療費は概ね横ばいで、平成 22 年度以降は非メタボ群とほぼ同等であった。

指導対象群のうち、指導参加群と非参加群の平均医療費を比較すると、指導参加群の方が非参加群に比べて経年的に低い傾向にあった。指導参加群のうち、指導完了群と未完了群の平均医療費を比較すると、平成 21 年度では指導完了群の平均医療費は未完了群よりも低い傾向にあったが、平成 22、23 年度には両群の平均医療費はほぼ同等であった。

(考察)

1. コホートの構築

本分析では、構築したコホートを用いて平成 21～23 年度の 3 カ年について分析を実施し、協会けんぽが保有しているデータを用いて、分析用コホートが構築できることが明らかになった。さらに、コホートの分析により、介入が必要な群の特定が可能であることも明らかになった。

2. 健診・指導の効果と医療費について

指導参加群を、積極的支援および動機づけ支援対象群に区分して比較すると、どちらも健康状態の改善割合は指導完了群が未完了群に比して高い結果となった。ただし平均医療費を経年的に比較すると、積極的支援対象群の平均医療費が大きく上昇していたのに対し、動機づけ支援対象群の平均医療費は概ね横ばいで、平成 22 年度以降は非メタボ群とほぼ同等であったことから、積極的支援対象群では医療機関にかかることで健康状態が改善した可能性が考えられ、動機づけ支援対象群では医療機関にかからずに健康状態が改善した可能性が考えられた。

指導対象群のうち指導参加群と非参加群を比較した場合、非参加群の平均医療費が参加群に比べて高い傾向にあったことから、参加群の健康状態がよく、非参加群には健康状態が悪い人が多く含まれている可能性が示唆された。

指導参加群を指導完了群と未完了群に区分して比較すると、完了群の健康状態の改善割合は未完了群に比して高かった。一方平均医療費は、初年度は完了群が未完了群に比して低い傾向が見られたが、その後ほぼ同等になったことから、医療機関の受診傾向が経年的に強くなることが示唆された。

以上より、指導参加群は健康への関心が全般的に高く医療費は低めであることが示唆された。また指導完了群では指導によると思われる健康状態の改善傾向が見られたものの医療機関への受診が増加し、その結果として医療費が上昇する可能性が示唆された。一方で指導非参加群については介入すべき人が多く含まれている可能性が示唆され、今後指導非参加群に対する介入方法について検討すべきであると考えられる。

3. 今後の保健事業にむけて

本分析により、保険者がコホートを構築して、健診や指導、レセプトのデータを分析することが可能であることが明らかになった。また、健診受診の有無や指導参加の有無により、健康状態や医療費の傾向に違いが見られることが示唆された。特に、動機づけ支援対象群に対しては、健康状態の改善に向けた行動変容を促す啓発活動が有効と考えられる。また指導対象にも関わらず指導に参加しなかった群については、今後積極的な介入が健康状態の改善と医療費の適正化に寄与する可能性があると考えられる。

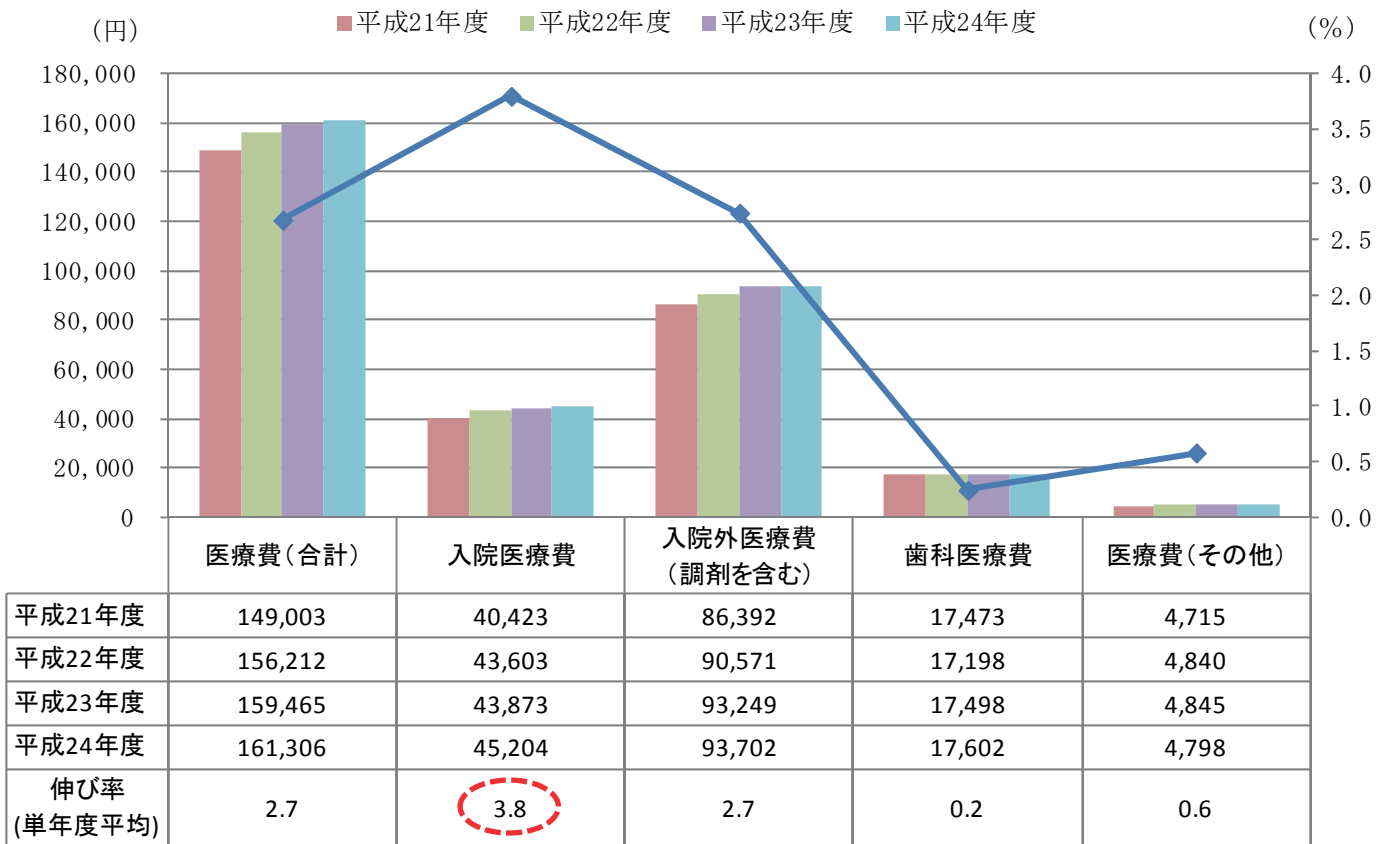
本分析の結果を用いて、今後、地域の関係諸機関と連携し、本分析の意義を加入者と共有できるよう情報発信するとともに、重症化予防事業や今後予定しているデータヘルス計画の策定にこの成果を活かしていきたい。

《 M E M O 》

参 考 資 料

(協会けんぽデータによる分析)

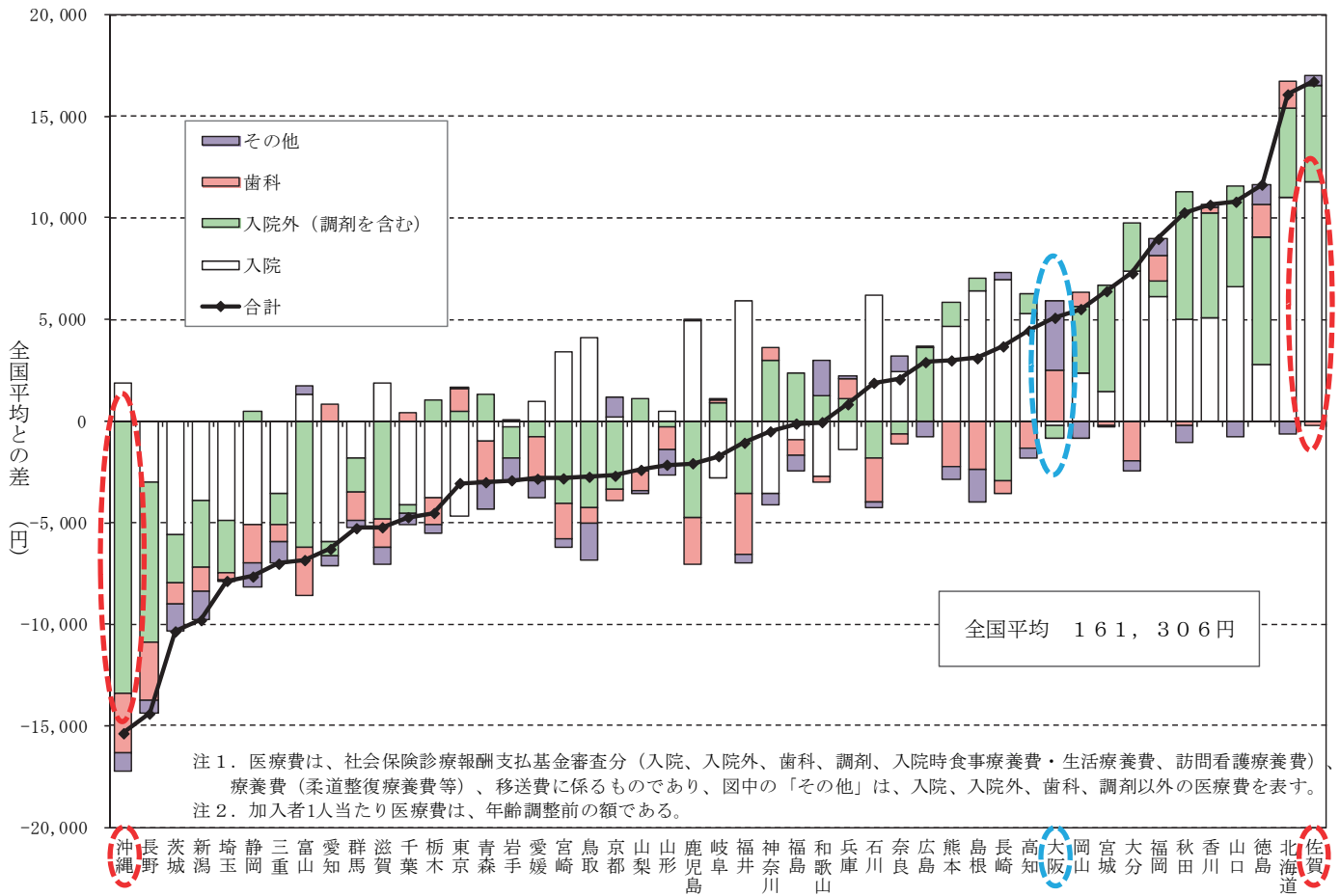
加入者1人当たり医療費の状況



(注) 医療費の「合計」は社会保険診療報酬支払基金審査分(入院、入院外、歯科、調剤、入院時食事療養費・生活療養費、訪問看護療養費)、療養費(柔道整復療養費等)、移送費に係るものであり、「その他」は、入院、入院外、歯科、調剤以外の医療費を表す。

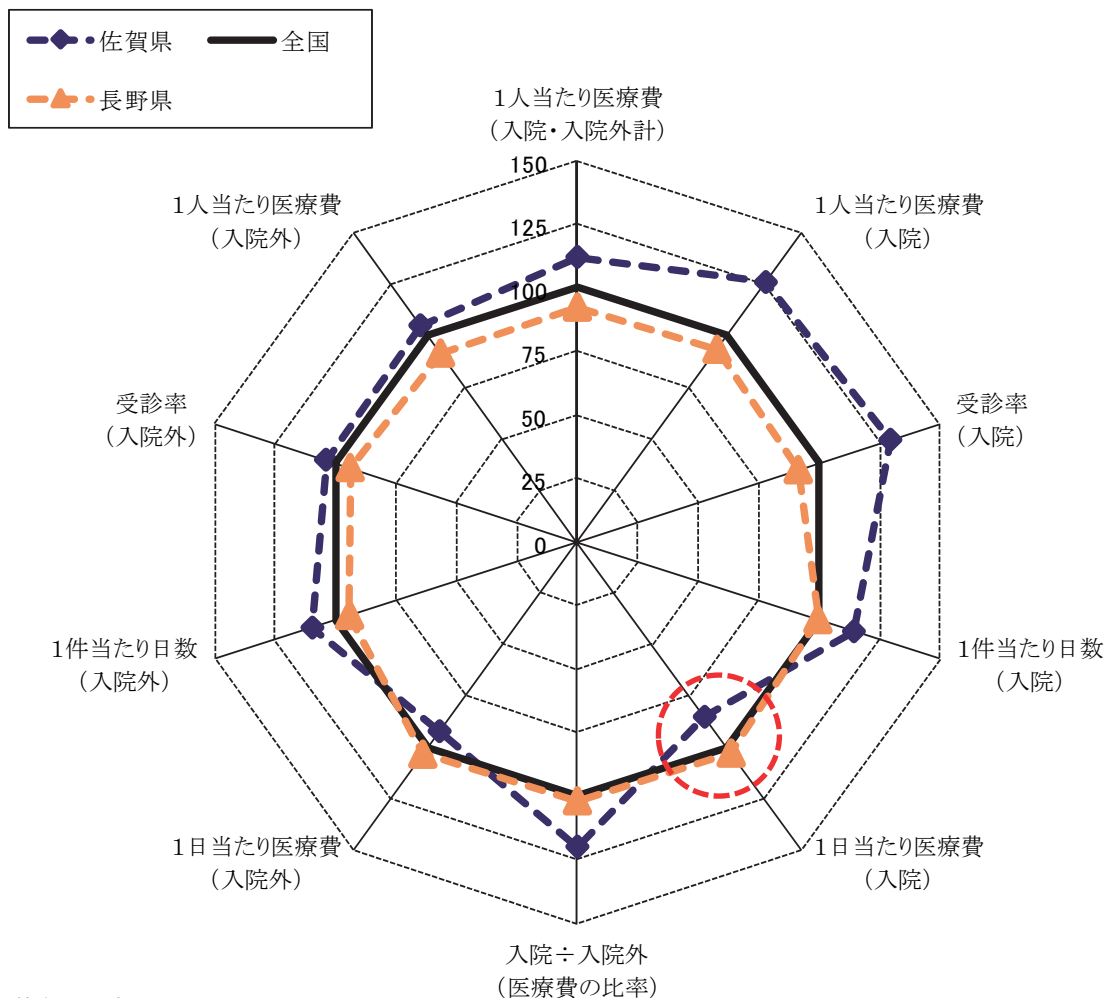
- 医療費の内訳は、入院が約30%、入院外(調剤を含む)が約60%、歯科が約10%となっている。
- 加入者1人当たり医療費(入院・入院外・歯科医療費)は、21年度以降、毎年増加傾向にある。
- 24年度の加入者1人当たり医療費は、21年度に比べ約1.2万円高くなっている。その金額別の内訳をみると入院外が約0.7万円増で最も高いが、単年度平均の伸び率で見ると入院が3.8%増で最も高くなっている。

都道府県支部別 加入者1人当たり医療費の状況 (全国平均との差) (平成24年度)



- 加入者1人当たり医療費の全国平均は16.1万円である。全国平均と比べて、最も高い佐賀（17.8万円）は1.7万円高く、最も低い沖縄（14.6万円）は1.5万円低くなっている。
- 佐賀の医療費を高くしている主因は「入院」であり、沖縄が低い主因は「入院外」である。
- 大阪は「歯科」と柔道整復等の「その他」が医療費を高くしている。
- 加入者1人当たり医療費は支部ごとに特徴がある。

医療費に関するレーダーチャート (佐賀県と長野県の比較) (平成24年度)



データ：協会けんぽ月報
 注：入院外医療費には調剤分が含まれている

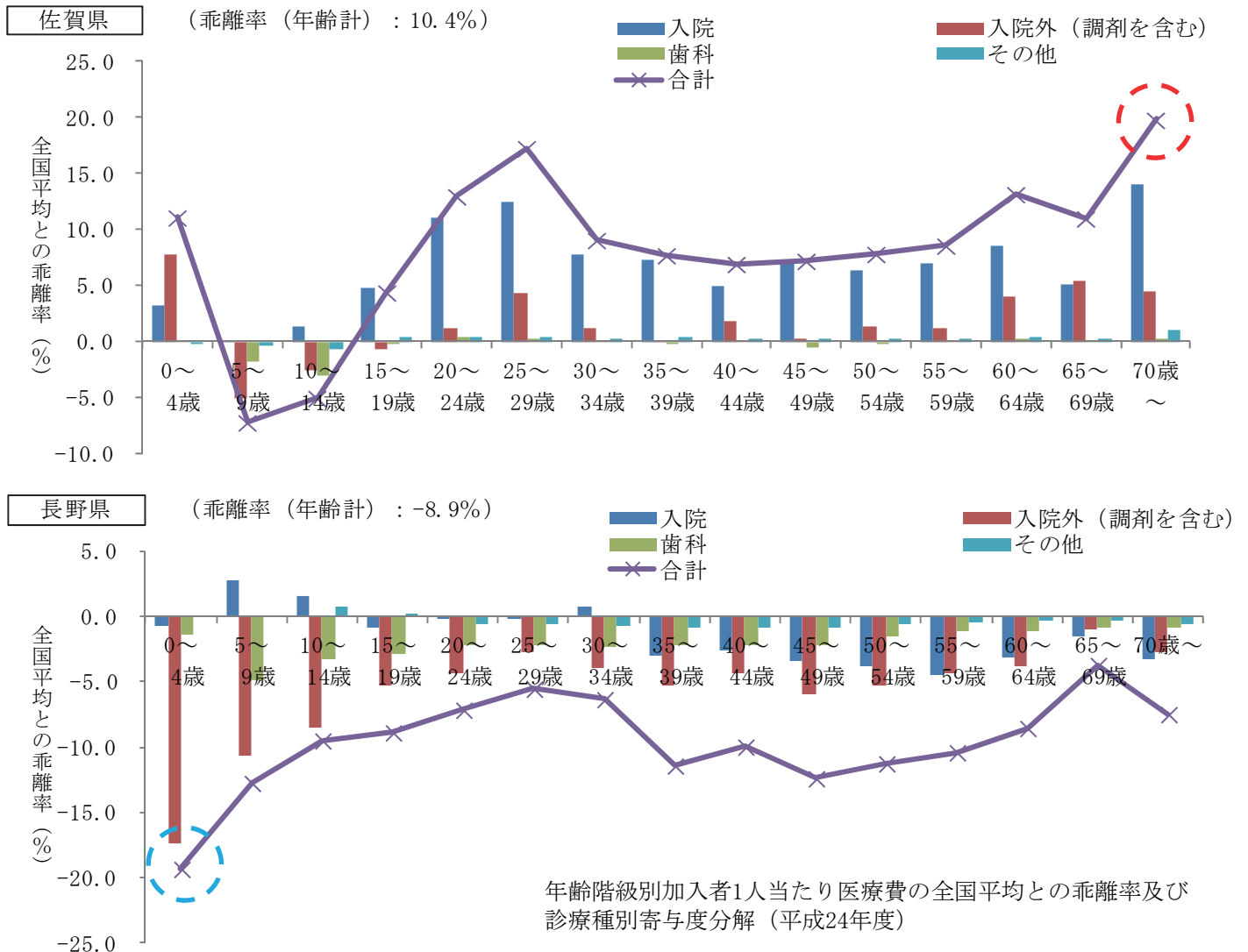
(佐賀)

- 1人あたり医療費は入院、入院外ともに全国平均を上回っており、特に入院は約25%上回っている。
- 受診率、1件当たり日数は入院、入院外ともに全国平均を上回っており、特に入院は顕著な傾向が見られる。一方、1日当たり医療費は入院、入院外ともに全国平均を下回っている。

(長野)

- 1人あたり医療費は入院、入院外ともに全国平均を下回っている。
- 受診率、1件当たり日数は入院、入院外ともに全国平均を下回っているが、1日当たり医療費は入院、入院外ともに全国平均を若干上回っている。

年齢階級別 1人当たり医療費の全国平均との乖離率 (佐賀県と長野県の比較) (平成24年度)



年齢階級別加入者1人当たり医療費の全国平均との乖離率及び診療種別寄与度分解 (平成24年度)

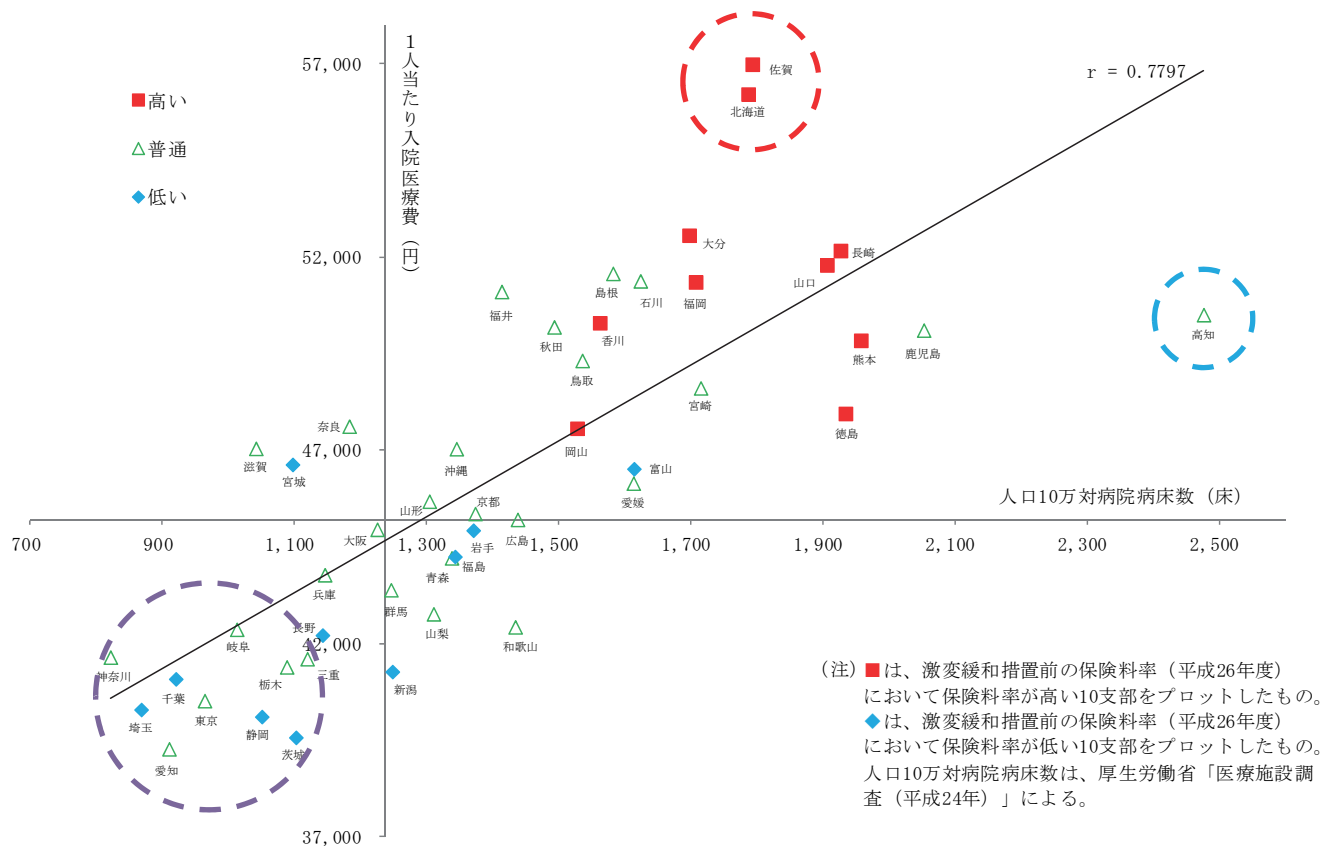
(佐賀)

- 5~14歳を除く年齢階級で、医療費の合計が全国平均を上回っている。特に、70歳以上は全国平均を20%程度上回っている。
- 入院は全ての年齢階級で全国平均を上回っており、特に、20~29歳、70歳以上はいずれも10%以上上回っている。

(長野)

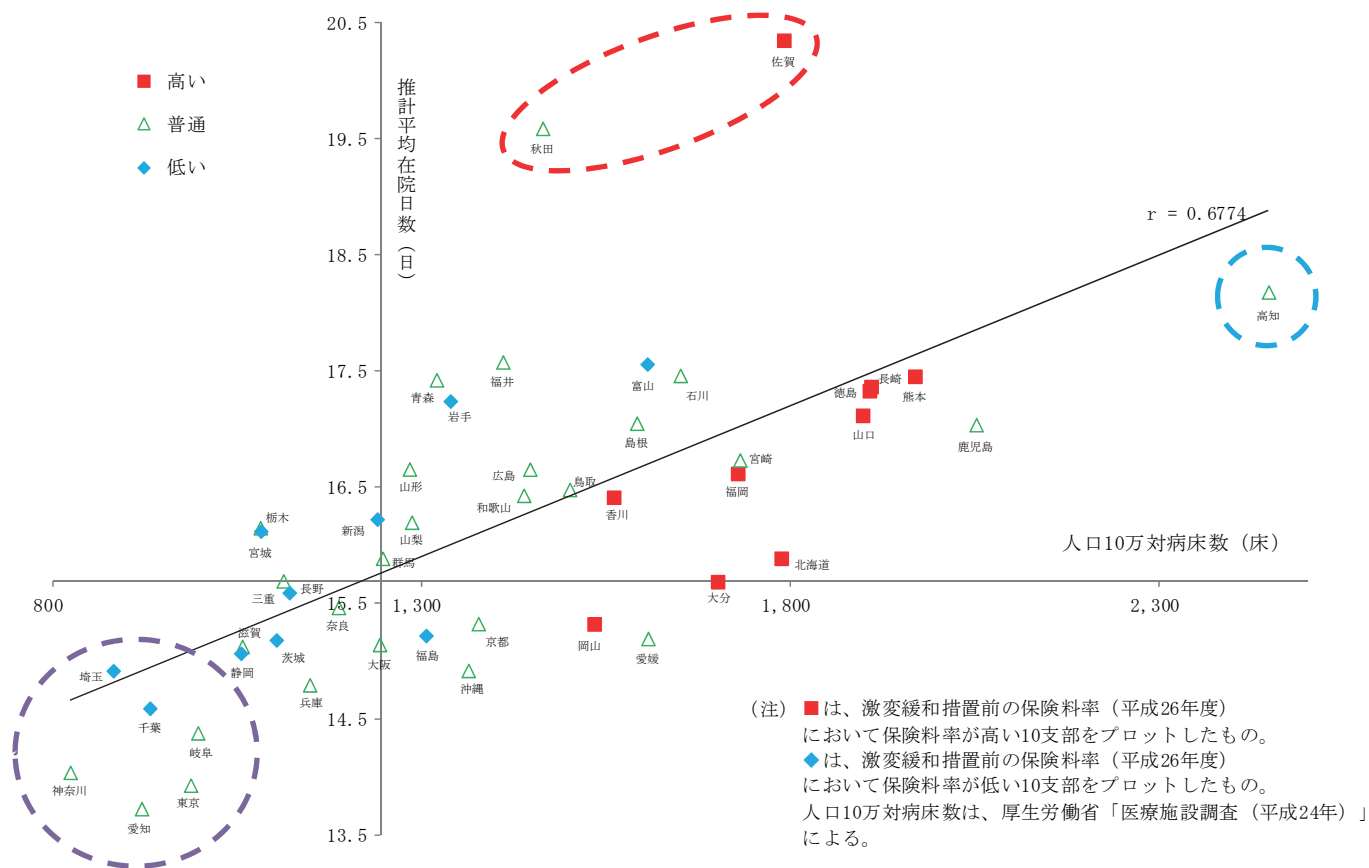
- 全年齢階級で、医療費の合計が全国平均を下回っている。特に、0~4歳は全国平均を20%程度下回っており、また、5~9歳、35~59歳も10%程度下回っている。
- 入院外及び歯科は全ての年齢階級で全国平均を下回っており、特に、0~9歳の入院外は10%以上下回っている。

加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病院病床数 (平成24年度)



- 1人当たり入院医療費と人口10万対病院病床数には一定の正の相関関係 ($r = 0.7797$) があると考えられる。
- 1人当たり入院医療費が高い支部の保険料率が高い傾向があり、医療費が低い支部は保険料率が低い傾向がある。
- 佐賀、北海道は、人口10万対病院病床数が同程度のお他支部と比べて、1人当たり入院医療費が10%程度高くなっている。
- 高知は人口10万対病院病床数が突出して多いが、1人当たり入院医療費は病床数が3分の2程度の支部と同程度である。
- 東京周辺、愛知周辺の地域は、人口10万対病院病床数が少なく1人当たり入院医療費も低くなっている。

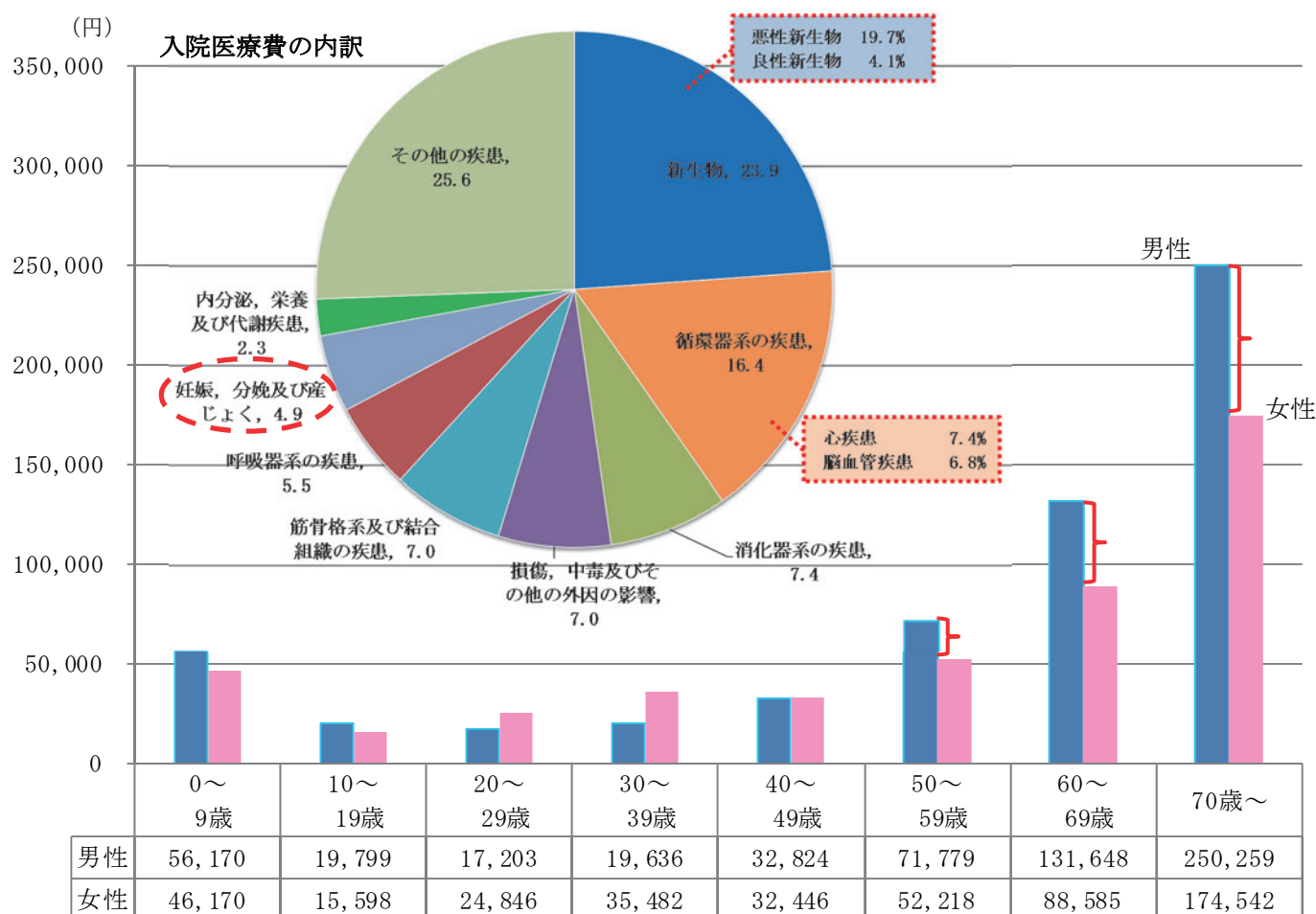
推計平均在院日数と人口10万対病床数 (平成24年4月)



- 推計平均在院日数と人口10万対病床数は、部分的な相関関係（ $r = 0.6774$ ）があり得る。
- 推計平均在院日数が比較的多いにも関わらず保険料率が低い支部が存在する（岩手、宮城、新潟、富山）。
- 佐賀、秋田の推計平均在院日数が突出して多くなっている。
- 高知は人口10万対病床数が突出して多く、推計平均在院日数は佐賀、秋田に次いで3番目に高くなっている。
- 東京周辺、愛知周辺の地域は、人口10万対病床数が少なく、推計平均在院日数も短くなっている。

※ 推計平均在院日数についての詳細は、厚生労働省ホームページ「推計平均在院日数の数理分析」を参照

性・年齢階級別1人当たり入院医療費 (平成24年度)



(注) ・平成24年4月～平成25年3月のレセプトデータの集計値による。

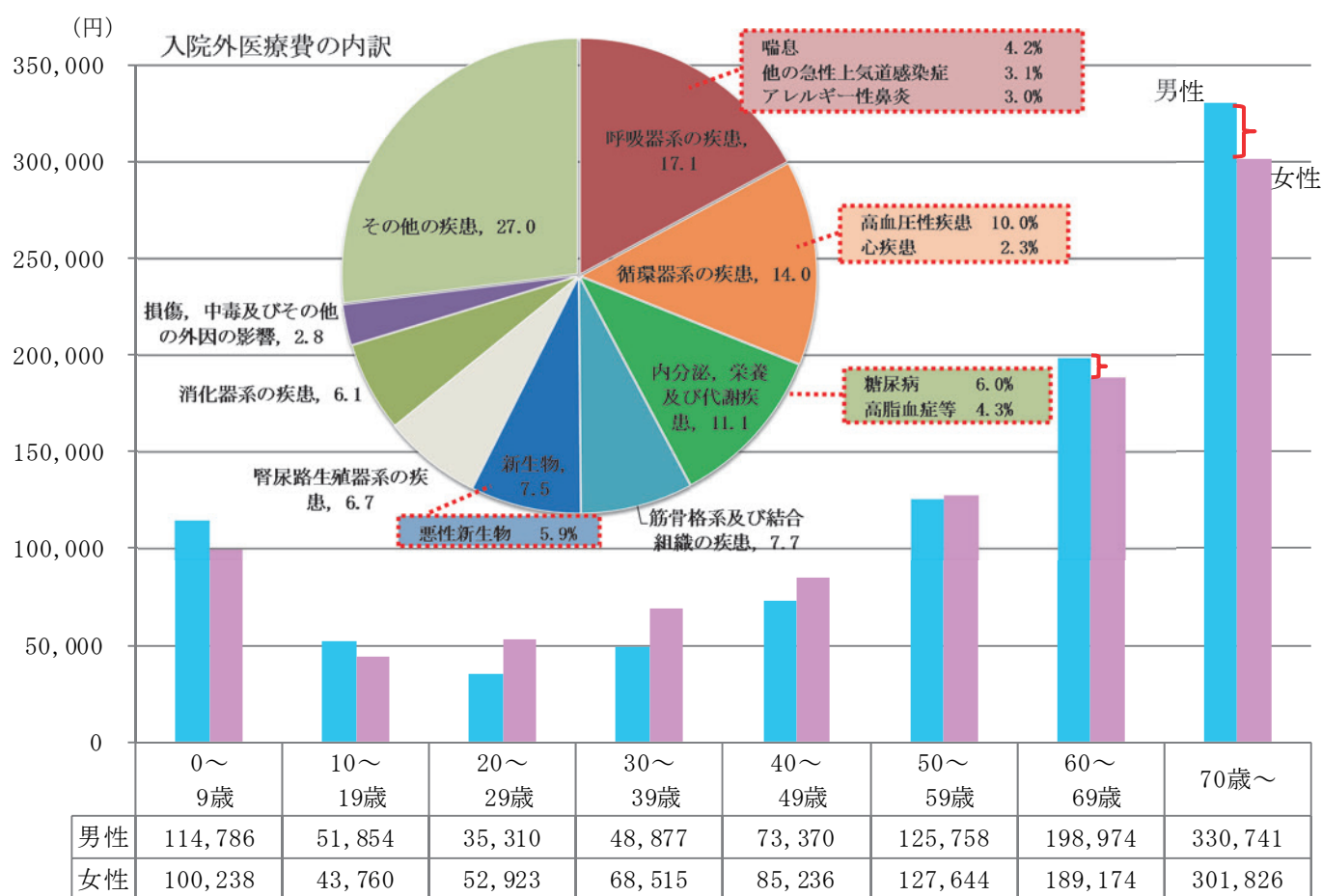
(棒グラフ)

- 1人当たり入院医療費は、40歳台以降、男性の方が女性よりも高く、その差は年齢階級が上がるごとに広がる傾向がある。

(円グラフ)

- 20～39歳の女性の1人当たり入院医療費が男性より高くなっているのは、「妊娠、分娩及び産じょく」の影響と思われる。
- 疾病別では「悪性新生物」「心疾患」「脳血管疾患」で入院医療費の3割程度のシェアを占めている。

性・年齢階級別1人当たり入院外医療費 (平成24年度)



(注) ・平成24年4月～平成25年3月のレセプトデータの集計値による。
 ・入院外医療費には入院外レセプトに突合できる調剤レセプト分が含まれている。

(棒グラフ)

- 1人当たり入院外医療費は、60歳台以降で、男性の方が女性よりも高くなり、70歳台では更に差が広がる傾向がある。

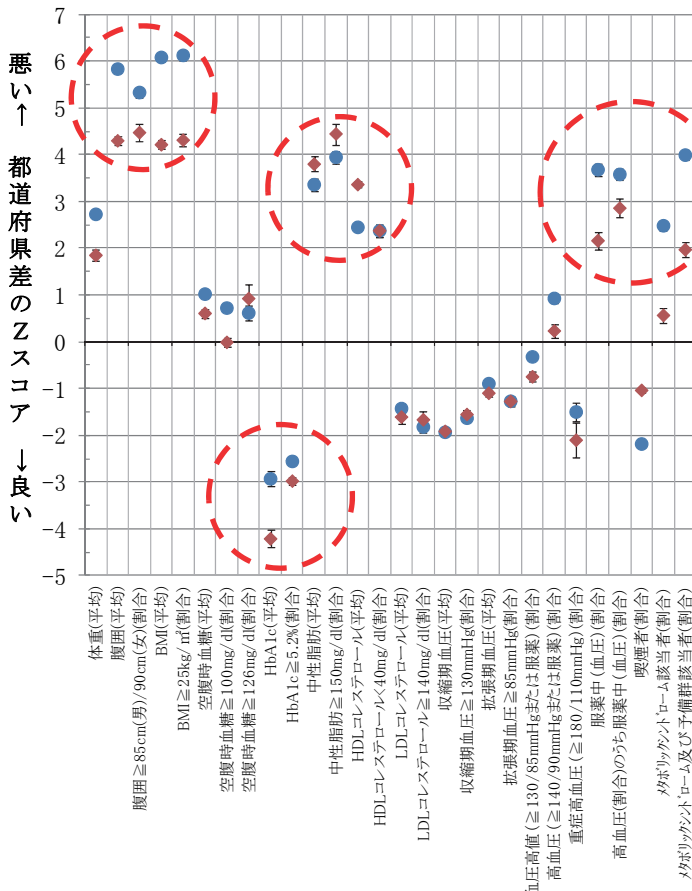
(円グラフ)

- 「呼吸器系の疾患」のシェアは入院医療費では5.5%だが、入院外医療費では17.1%となっている。入院外での疾病別シェアをみると「喘息」は4.2%、花粉症を含む「アレルギー性鼻炎」は3.0%となっている。
- 「内分泌、栄養及び代謝疾患」の入院外医療費に占めるシェアは、入院医療費の約5倍ある。入院外での疾病別シェアをみると「糖尿病」「高脂血症等」で全体の約10%を占めている。

健診受診結果【40～74歳】 (沖縄県と長野県の比較) (平成24年度)

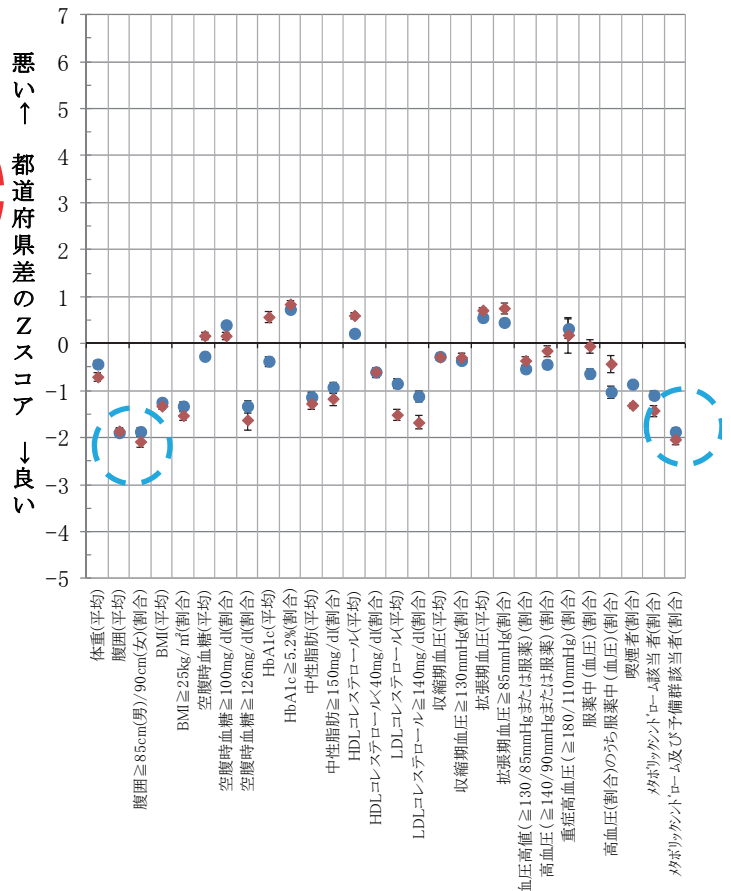
【沖縄】

● 男性 ◆ 女性



【長野】

● 男性 ◆ 女性



値は年齢調整値に基づく「都道府県差のZスコア」と標準偏差。
Zスコアの解釈(目安):
<-0.5 良い, ±0.5 ほぼ平均的, +1.0 上位6分の1, +2.0 ほとんどトップ, +3.0 突出している
(注) HDLコレステロール(平均)のみ値が低いほどZスコアは高い。他は値が高いほどZスコアが高い。
服薬中(血圧)(割合)は、高いことが必ずしも悪いとは限らないので解釈には注意。

出典「全国健康保険協会 特定健診・特定保健
指導 データ分析報告書(2012年度)」

加入者1人当たり医療費が最も低い沖縄と、次に低い長野の健診結果データを比較した。

(沖縄)

- 肥満のデータ(腹囲・BMIの平均値)、脂質のデータ(中性脂肪・HDLコレステロールの平均値)、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が全国の中で突出して悪い(概ねZスコア+3.0以上)。血糖値のデータ(HbA1cの平均値)は突出して良好で(概ねZスコア-3.0以上)、全国トップと言えるレベルである。

(長野)

- 肥満のデータ(腹囲の平均値、基準値以上の者の割合)、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が全国でほとんどトップに相当する良好なレベルで、その他の健診結果データも概ね平均的、又は平均より良好な結果を示している。

【考察】 沖縄と長野は両県とも1人当たり医療費が低いが、健診結果データから得られる肥満のデータやメタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合は、長野では平均より良好であるのに対して沖縄は突出して悪いと異なる結果となっている。このように健診結果データは地域によって特徴があり、その地域の健康課題に沿った実践的な対応が必要なことが分かる。